Aus der Tübinger medizinischen Universitätsklinik.
(Direktor: Prof. Dr. Romberg.)

Beiträge zur Kenntnis

der

Meralgia paraesthetica.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr Ernst Romberg,
o. ö. Professor der Medizin, Vorstand der medizinischen Klinik an der Universität Tübingen

der hohen medizinischen Fakultät der Universität Tübingen

vorgelegt von

Richard Mayer
aus Aalen.

Tübingen
Druck von H. Laupp jr
1908.

ACAD. LUGD BAT. BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Tübingen.

Referent: Professor Dr. **Romberg.**

Meinem lieben Onkel

in Dankbarkeit.

Die zuerst von Bernhardt 1878 und von Roth 1895 beschriebene, auf eine Affektion des Nervus cutaneus lateralis femoris zurückzuführende Erkrankung ist trotz ihrer relativen Häufigkeit symptomatologisch und diagnostisch ziemlich wenig beachtet worden; sie verdient aber zweifellos eine genauere Kenntnis, da sie einerseits als genuines Leiden eine spezielle und meist erfolgreiche Therapie beansprucht, andererseits als Teilerscheinung einer spinalen oder meningitischen Affektion lokal-diagnostisch von Bedeutung ist.

Die Krankheit, welche von Roth als „Meralgia paraesthetica" bezeichnet und nach Bernhardt „Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung" genannt wurde, ist von ersterem an der Hand von 14 Fällen geschildert worden. Prof. Bernhardt beobachtete mehrere Jahre vorher schon bei Rekonvaleszenten, wie Roth angibt, nach Abdominaltyphus Parästhesien im Gebiete des Nerv. cutan. lateral. femor., von denen Roth jedoch zweifelt, ob dieselben in die gleiche Kategorie mit der parästhetischen Meralgie gehören. Bernhardt hat im ganzen über 8 Fälle berichtet, welche er im neurologischen Zentralblatt 1895 unter dem Titel „Ueber isoliert im Gebiete des Nervus cutaneus externus femoris vorkommende Parästhesien" veröffentlicht hat. Das Leiden besteht nach beiden in Schmerzen, Parästhesien und Gefühlstörungen an der Aussenseite des Oberschenkels, objektiv in Gefühlsabstumpfung.

Die Kasuistik der Meralgia paraesthetica hat seit Bernhardt und Roth eine mehrfache Bereicherung gefunden. Der Vollständigkeit halber gebe ich in folgendem einen kurzen Ueberblick über die Beobachtungen, welche von den einzelnen Forschern bis jetzt gemacht worden sind und in der Literatur vorliegen.

Prof. Bernhardt berichtet 1878 im Deutschen Archiv für klinische Medizin unter neurologischen Beobachtungen von einer

nicht näher zu charakterisierenden Empfindung an der Aussenseite des Oberschenkels, welche sich vom Trochanter bis zum Condylus externus erstreckt. Er sah diese Nervenerkrankung auftreten nach Ileotyphus bei Rekonvaleszenten, durch mechanische Insulte, so durch das fortwährende Anschlagen des Degens an den Oberschenkel und durch die Applikation von kalten Duschen an die erwähnte Stelle. Bei einer Bleiintoxikation traf er bei seinem Patienten eine Unempfindlichkeit an der Aussenseite des linken Oberschenkels und Schmerzen bei derberem Anfassen. 2 weitere Patienten hatten handbreit oberhalb des Knies einen handtellergrossen, nach aussen sich erstreckenden Hautbezirk, innerhalb dessen sie über das Gefühl der Taubheit und deutliche Unempfindlichkeit klagten, während die Bewegungen und die elektrische Erregbarkeit der dort befindlichen Muskulatur wohl erhalten war. Seine Patienten waren nur Männer mittleren Lebensalters, bei denen die schmerzhafte Empfindung erst nach Märschen und Anstrengungen oder auf Druck ausgelöst wurde und sich nur auf eine Seite erstreckte. Die Störungen der Sensibilität waren überhaupt unerhebliche; in der Ruhe, wenn der Nerv nicht irritiert wurde, war nie geklagt worden. Anästhesie wurde nie beobachtet, die Mobilität war stets vollständig intakt.

Roth berichtet ausführlich in seinem in der Moskauer physiko-medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag über das Krankheitsbild der Meralgie. Er beschreibt zuerst die Krankengeschichten von 14 Fällen und fasst dann die Symptome zusammen, welche nach ihm in Schmerzen, Parästhesien und teilweiser Anästhesie an der Aussenseite des Oberschenkels bestehen. Unter seinen 14 Fällen waren 5 doppelseitig, bei denen jedoch der Umfang sowohl als die Intensität der Affektion auf der anderen Seite stark differierte. Auch er findet das männliche Geschlecht bedeutend häufiger betroffen als das weibliche. Dem Beruf räumt er einen prädisponierenden Einfluss auf die Krankheit ein, indem nach seiner Meinung in erster Linie die körperlich arbeitende Bevölkerungsklasse von derselben befallen werde. Bei der Hälfte seiner Kranken hat er reichlichen Usus, bei manchen starken Abusus alcoholicus verzeichnet. Lues, von akuten Infektionskrankheiten Influenza, exanthematischer Typhus und Abdominaltyphus gingen der Meralgie längere oder kürzere Zeit voraus. Eine direkte Gelegenheitsursache konnte Roth nicht nachweisen.

Als ein Plattfusssymptom lernt Pal die Meralgie kennen; er weist auf 6 Fälle hin, bei welchen bei beginnender Plattfussstellung geringe meralgische Erscheinungen, bei vorhandener lebhafte Schmerzen an der Aussenseite des Oberschenkels aufgetreten waren.

Brisard, de la méralgie paraesthésique et de son traitement chirurgical, sieht nach der Resektion des Hautnerven die Meralgie 2 Monate später vollständig verschwinden.

Chipault berichtet über „Pseudoméralgies radiculaires" bei Läsion der ersten, zweiten und dritten Lendenwurzeln bei Tabes oder Wirbeltraumen. Damit ist hier zum erstenmal der Hinweis auf die lokaldiagnostische Bedeutung der Meralgie gegeben.

Einen Beitrag zu der Kenntnis der Meralgia paraesthetica liefert Hedenius mit 5 Fällen. Der Verfasser behauptet, dass die Meralgie unter dem weiblichen Geschlecht mehr als bisher angenommen wurde, zu finden sei und stellt eine vorhandene Fettleibigkeit und Neigung für Neuralgien und rheumatische Schmerzen als prädisponierendes Moment auf. Als unmittelbare Aetiologie weist er eine Abkühlung des Beines, eine Ueberanstrengung desselben und eine Einspritzung von Diphtherieserum in den Oberschenkel in 3 Fällen nach.

Bramwell, a case of „meralgia paraesthetica" with a short account of the condition, berichtet, dass sein Patient, welcher seit Monaten arbeitsunfähig war, nach Resektion eines 2,5 Zoll langen Stückes aus dem Nerven vollständig beschwerdefrei wurde.

Sabrazès und Cabannes haben 62 Fälle zusammengestellt deren Aetiologie sie zum grössten Teil auf Infektionskrankheiten, dann auf Traumen, Alkohol, Obesitas und kalte Dusche zurückführen.

Nawratzki findet pathologisch-anatomisch spindelförmige Verdickungen an den Umschlagstellen des Nerven, Zeichen von Neuritis und Perineuritis mit Atrophie der Nervenfasern.

Souques, welcher die für sich allein auftretende Meralgie als eine harmlose Erkrankung bezeichnet, weist ausdrücklich darauf hin, wie ganz anders sie bewertet werden muss, wenn sie im Symptomkomplex eines zentralen resp. spinalen Leidens besteht.

Soviel über die vorliegende Literatur. Wenn auch von verschiedener Seite zahlreiche Fälle beschrieben worden sind, so hat doch diese Erkrankung nicht die Würdigung gefunden, welcher der nach unserer Anschauung grossen Häufigkeit des Leidens

entspricht und dem wertvollen Hinweis für die Lokaldiagnosenstellung gerecht wird. Mit besonderer Rücksicht auf letztere wird es deshalb von Interesse sein, an der Hand von 9 idiopathischen und 2 sekundären Affektionen des Nerv. cut. fem. einen Ueberblick über Symptomatologie, Aetiologie und diagnostische Bedeutung des Leidens zu gewinnen.

Zuerst mögen in kurzen Umrissen die Krankengeschichten folgen, bei welchen die Meralgie als selbständiges Leiden gefunden wird.

I. Th. G., 24 Jahre alt, Fabrikarbeiter, wurde am 7. Juli 1905 wegen Peritonitis tuberculosa chronica in die Klinik aufgenommen. Patient klagte überdies bei der Untersuchung über Schmerzen, Brennen und ein pelziges Gefühl im Bereich des linken Nerv. cut. lat. fem. Die Untersuchung des Nervensystems ergab keine Besonderheiten, nur im Gebiet des erwähnten Nerven war eine scharf abgegrenzte Hypästhesie für alle Empfindungsqualitäten, Parästhesien, jedoch keine Hyperästhesie nachzuweisen. Keine Nervendruckpunkte. Die Sehnenreflexe der unteren Extremität waren links und rechts gleich, völlig normal. 4 Tage später besserte sich die Meralgie durch die Bettruhe ohne weitere Behandlung: die Schmerzen liessen nach und es waren nur noch Parästhesien vorhanden. Nach weiteren 2 Wochen war der Patient vollständig von der Meralgie frei. Er wurde aus dem Krankenhaus entlassen und stellte sich nach 3 Monaten wieder vor: Von Seiten der Meralgie hat er nicht mehr über unangenehme oder schmerzhafte Gefühle zu klagen; nur nach längerem Gehen treten ganz geringe Parästhesien auf.

II. W. G., 22jähriges Dienstmädchen, wegen tuberkulösen Lungenspitzenkatarrhs ins Krankenhaus gewiesen, hat ausserdem eigentümliche, pelzige, zum Teil auch schmerzhafte Gefühle an der Aussenseite des linken Oberschenkels, die bisweilen recht heftig sind, besonders nach längerem Gehen und nach Anstrengungen überhaupt, manchmal brenne der linke Oberschenkel sehr stark. Objektiv war ausser dem Lungenbefund nachzuweisen: eine scharf umschriebene Hypästhesie gegen alle Gefühlsqualitäten, keine Hyperalgesie auf bestimmte Reize z. B. Kitzeln. Keine Nervendruckpunkte. Alle Sehnenreflexe der unteren Extremität rechts und links normal. Auch während der Bettruhe sind jetzt Schmerzen und pelziges Gefühl vorhanden. Im Laufe derselben unter schwacher Faradisierung Abklingen der Parästhesien, die Hypästhesie bleibt bestehen.

III. St. K., 44jährige Zimmermannsfrau. Seit einem Vierteljahr spürt die Patientin im linken Bein ein eigentümliches Brennen. Dasselbe fing an der Aussenseite der Wade an, zog allmählich am Oberschenkel in die Höhe und erreichte nach 14 Tagen die Hüfte. Die Schmerzen breiten sich auch nach unten bis zum Knöchel aus. Im Bett werden dieselben

schlimmer, so dass die Patientin nachts nicht schlafen kann, während sie bei der Arbeit weniger zu klagen hat. Nach längerer Bewegung empfindet sie lebhaftere Schmerzen, welche jedoch nie in den Gelenken lokalisiert werden. In dem schmerzhaften Bezirk hat die Patientin ein Gefühl von Ameisenlaufen und Pelzigsein. Der Status ergibt: an der Aussenseite des linken Oberschenkels eine Karbunkelnarbe. Bei der Sensibilitätsprüfung findet man dem Verlauf des Hautnerven des linken Oberschenkels entsprechend und an der Aussenseite des linken Unterschenkels Parästhesien, Hypästhesie und Hypalgesie, der Temperatursinn ist dort stark herabgesetzt. Die Motilität ist ungestört. Keine Nervendruckpunkte; kein Ischiasphänomen.

IV. (Nach Mitteilung von Dr. Curschmann aus Mainz.) C. Fu., 30 Jahre alter Heizer. Suicid-Versuch mit Oxalsäure, heftiger allgemeiner Shok; dünne blutige Stühle. Nach 24 Stunden starke Nephritis mit verminderten Urinmengen, Albuminurie (bis 8 $^0/_{00}$), massenhaft Cylinder. Nach ca. 6 Tagen schwere Urämie. Auf Aderlässe und Kochsalzlösunginfusionen Besserung. Allmähliche Heilung der Nephritis. In der Rekonvaleszenz klagt Patient über Brennen und Taubheit an der Aussenseite des rechten Oberschenkels. Es findet sich — bei sonst völlig intakten Nervensystem — genau im Bereich des Nerv. cut. fem. lat. dexter eine deutliche Hypästhesie für alle Qualitäten. Die Affektion bleibt unverändert auch nach völliger Heilung des Patienten bestehen.

V. Ha., 40jähriger Mann. Patient klagt seit einigen Monaten über Rückenschmerzen und -steifigkeit, ausserdem über brennende Schmerzen und Parästhesien an der Aussenseite beider Oberschenkel besonders nach Anstrengungen. Objektiver Befund: Normale innere Organe. Nervensystem bis auf die Stigmata der Neurasthenie und die Meralgie ohne Veränderung. Die Wirbelsäule ist besonders im Lendenteil steif und bewegungsbeschränkt; kein Gibbus, keine sonstige Formveränderung. An beiden Oberschenkeln ist der Bezirk des Nerv. cutan. lat. fem. für alle Gefühlsqualitäten hyperästhetisch; keine Hyperästhesie, aber starke wechselnde Parästhesien in diesen Feldern. Ischiadicusgebiete frei von Veränderung. Auf faradische und allgemeine Behandlung rasche Besserung.

VI. W. H., Direktorice, 35 Jahre alt, gibt an, sie habe sich bei der Inventur „verlupft“, als sie einen schweren Gegenstand gehoben habe. Sie habe es damals in der linken Seite krachen hören. Kurze Zeit darauf habe sie an der Aussenseite des linken Oberschenkels brennende Schmerzen empfunden, welche mit wechselnder Intensität auftreten und manchmal einem Taubheitsgefühl Platz machen. Nach längerem Gehen nehme die Taubheit und das Brennen einen grösseren Bezirk ein und werde stärker. Status: Lebhafter Vasomotorismus, Typus einer nervösen „Alten Jungfer“. Auf Druck ist das linke Hypogastrium besonders in der Nähe der Beckenschaufel sehr empfindlich, der Druck auf den Knochen des Beckens selbst wird dabei als nicht schmerzhaft angegeben. Scharf abgegrenzte, hoch-

gradige Hypästhesie für alle Qualitäten im Bereich des linken Nerv. cut. lat. femor. In diesem Feld mannigfache Parästhesien. Motilität normal. Psoasphänomen nur rechts deutlich. Patellar- und Achillessehnenreflexe rechts und links gleich lebhaft. Nirgends Atrophie, keine Paresen. Kein Ischiasphänomen; keine Nervendruckpunkte.

VII. H. W., 25 Jahre alt, Bauernmädchen, hat seit einigen Tagen Schmerzen in der rechten Hüfte und im rechten Oberschenkel; von einem Trauma weiss Patientin nichts. Befund: die inneren Organe sind ohne Besonderheit. Das rechte Os ileum ist auf Druck sehr schmerzhaft; im Gebiet des rechten Nerv. cut. lat. femor. ein Gefühl des Pelzigsein, dasselbe ist für Berührung unempfindlich. Alle anderen Hautnerven und Bezirke sind ohne Veränderung.

VIII. Dr. C., 30 Jahre alt, Arzt, wohlgewachsen, Alcoholismus non conceditur. Nach Ueberstehen der Kinderkrankheiten stets gesund, etwas Neigung zu Muskelrheumatismen (lumbago, torticollis), keine hereditäre nervöse Belastung. Seit ca. 10 Jahren spürt Patient besonders nach Anstrengungen ein brennendes, prickelndes, wenig schmerzhaftes Gefühl an der Aussenseite des linken Oberschenkels. Je stärker diese Parästhesien sind, desto ausgesprochener und in grösserer Ausdehnung findet sich ein Taubheitsgefühl, das etwa 3 Finger breit unter der Trochanterhöhe beginnt und mit dem oberen Rand der Patella abschneidet. Vor ca. 3 Jahren traten länger dauernde Exacerbationen auf, ohne dass besondere Anstrengungen vorausgegangen wären; seitdem sind die Parästhesien seltener, aber stets ist ein Taubheitsgefühl in dem betreffenden Bezirk vorhanden. Befund: völlig normale innere Organe, keine Veränderungen an den Hirnnerven, keine Störungen der Motilität und der Reflexe. Speziell gute Muskulatur an den unteren Extremitäten. Im Bereich des linken Nerv. cut. lat. fem. wird eine im unteren Drittel des Bezirks besonders deutliche Hypästhesie gegen alle Empfindungsqualitäten konstatiert; keine Parästhesien. Das andere Bein ist frei von Sensibilitätsstörungen. Kein Eiweiss, kein Zucker.

Wenn wir aus den angeführten Krankengeschichten die Symptome zusammenfassen, so sind es subjektiv mehr oder weniger lebhafte Schmerzen, die an der Aussenseite des Oberschenkels empfunden werden, objektiv eine Sensibilitätsstörung, welche in der Art immer dieselbe ist und in einer mässigen für alle Qualitäten gleichen Hypästhesie und zum grössten Teil in lebhaften Parästhesien besteht. In keinem Fall waren Anästhesie oder Hyperästhesie vorhanden, nie Motilitätsstörungen und Atrophie gefunden worden. Reflexstörungen oder -ausfall wurden nie in den Fällen, in welchen die Meralgie allein ohne Zusammenhang mit einem anderen Symptomkomplex vorlag, beobachtet. Nur ein einziges Mal wurde von uns die Meralgie doppelseitig angetroffen,

während Roth unter 14 Fällen bei 5 beide Seiten ergriffen fand; Bernhardt berichtet von nur einseitiger Lokalisation der Erkrankung. Unter seinen 14 Fällen hat Roth bloss 2 Frauen, von denen nur eine in typischer Weise von der Meralgie betroffen war, gesehen und Bernhardt weiss von gar keinem Auftreten derselben unter dem weiblichen Geschlecht; bei uns erscheint jedoch gerade das letztere bevorzugt. Das Lebensalter, in welchem unsere Patienten standen, bietet kein zu verwertendes Merkmal für das Auftreten der Erkrankung.

Was nun die Ursache der Meralgie anlangt, so zeigen unsere Fälle, dass das häufigere Wiederkehren eines ätiologischen Moments vollkommen fehlt. 4 Fälle stehen vollständig für sich allein ohne Zusammentreffen mit anderweitigen Krankheitserscheinungen da, wenn nicht in dem einen Fall die Neigung zu Muskelrheumatismen als eine Prädisposition aufgefasst wird. In 2 Fällen ist Tuberkulose zu konstatieren. Bei dem angegebenen „Verlupfen" der Patienten (Fall VI) eignet sich die Art des Traumas wohl für die Annahme einer Zerrung der Weichteile oder eines kleinen Blutergusses; es ist nicht unwahrscheinlich, dass der Nerv beim Uebertritt über die Beckenschaufel gequetscht worden ist. Eine direkte Gewalteinwirkung hat auch hier nicht festgestellt werden können. Ein ursächliches Moment liegt bei Fall V in der Annahme einer rheumatischen Affektion der Wirbelsäule. Ob wir hier wirklich an eine beginnende rheumatische Wirbelsäuleerkrankung, Spondylose rhizomélique, denken dürfen, erscheint nicht ganz sicher; immerhin ist es nicht unwahrscheinlich, dass die bei jenem Leiden in Beginn konstant vorkommenden Wurzeldrucksymptome sich doppelseitig auf den Nerv. cut. lat. femor. erstrecken. In keinem der angeführten Fälle hat es sich um chronische Vergiftung oder Lues gehandelt. Nur einer, welcher ausser seinen meralgischen, noch andere neuritische Erscheinungen darbot, muss wohl als Alkoholneuritis aufgefasst werden. Im Fall IV ist in Ermanglung anderer ätiologischer Momente die Meralgie als das Produkt der akuten Oxalsäurevergiftung anzusehen.

Die Diagnose der Meralgia paraesthetica ist bei genauer Untersuchung absolut klar und macht keine Schwierigkeit. In einem Fall war Ischias angenommen worden, in einem anderen führte die Sensibilitätsstörung zur Diagnose der Hysterie. Die erstere Diagnosenstellung bedarf überhaupt keiner weiteren Ausführung, nur auf die Verwechslung mit einem hysterischen Sensi-

bilitätsdefekt sei hiermit ausdrücklich hingewiesen. Eine genaue, die Grenzen der Sensibilitätsstörung feststellende Untersuchung wird jedoch die leichte Unterscheidbarkeit von einer hysterischen Störung, die sich ja immer auf geometrische, niemals einem Hautnerven entsprechende Bezirke verteilt, erkennen lassen.

Besonderer Besprechung bedarf Fall IX, den ich der Mitteilung von Herrn Dr. Curschmann verdanke.

Der in der Mitte der 50iger Jahre stehende Patient gibt an, er habe Herzbeschwerden, die schon seit längerer Zeit bestehen und in Anfällen von Herzbeklemmung und Atemnot auftreten. Ausserdem klagt er noch über Schmerzen im rechten Bein, die Patient folgendermassen schildert: wenn er eine Viertelstunde gegangen sei, so bekomme er ein eigentümliches, spannendes, schmerzhaftes Gefühl in dem rechten Fuss und der Wade, welches so stark werde, dass er ausruhen müsse. Nach einigen Minuten der Ruhe verschwinde dieses Gefühl wieder und er könne weiter gehen. Diese intermittierenden Störungen wiederholen sich bei jedem Gehen. Ferner hat Patient heftige, brennende, kriebelnde, schmerzhafte Gefühle an der Aussenseite des Oberschenkels, und ein starkes Taubheitsgefühl an dieser Stelle. Objektiv fanden sich Erscheinungen der Herzinsuffizienz, chronische interstitielle Nephritis und sehr ausgebreitete Periphlebitis. Am rechten Oberschenkel Hypästhesie und lebhafte Parästhesien. Ausserdem war der Puls der rechten A. dorsalis pedis erloschen, ebenso der Puls der rechten A. tibialis postica nur schwach fühlbar. Am linken Bein waren diese Pulse von normaler Stärke bei deutlich arteriosklerotischem Gefässrohr. Beiderseits waren die Achillessehnenreflexe erloschen, sonst keinerlei objektive Störungen des Nervensystems nachzuweisen.

Es handelte sich demnach um echte Meralgia paraesthetica, kombiniert mit objektiven und subjektiven Zeichen der Claudicatio intermittens an einem, dem rechten Bein. Es erinnert dieser Fall an Beobachtungen, welche Higier gemacht hat; derselbe schreibt: „Ab und zu verläuft die obliterierende Angiosklerose unter dem Bilde der Bernhardt-Rothschen Meralgie, bis sich eines Tages intermittierende Dysbasie einstellt oder objektive Abweichungen im Pulse der affizierten Extremität nachweisen lassen". Ob man nun in unserem Falle einen inneren Zusammenhang zwischen den beiden Veränderungen annehmen soll, ob mit anderen Worten eine arteriosklerotische Zirkulationsstörung als die direkte Ursache dieses neuritischen Symptoms betrachtet werden kann, erscheint sehr zweifelhaft; wahrscheinlich ist, dass die Meralgie eine Teilerscheinung der leichten alkoholischen Nervenläsion ist (cf. Fehlen

der Achillessehnenreflexe), wie wir sie bei unserem Patienten, einem Potator, fanden. Uebrigens scheint ein Zusammentreffen von intermittierendem Hinken und der Meralgie selten zu sein. Die Beobachtungen Erbs und auch diejenigen der Tübinger medizinischen Klinik berichten über keinen weiteren Fall dieser Art.

Während in den bisherigen Fällen die Meralgia paraesthetica als genuines Leiden oder als die hauptsächliche Erkrankung zu betrachten war, ist in den beiden folgenden Fällen die Neuralgie des Nerv. cut. als Teilerscheinung einer spinalen resp. spinalmeningitischen Affektion aufzufassen.

X. G. N., 45 jährige Forstwartsfrau. Die Patientin klagt über ziehende, reissende, bohrende Schmerzen, welche von der linken Hüftgegend ausgehend nach dem Fusse ausstrahlen. Die Schmerzen entstanden ungefähr vor einem halben Jahr im Nacken, griffen dann auf die Schulterblätter und die Arme über; sie haben dann eine Zeitlang im ganzen Körper bestanden, vor kurzem jedoch sich besonders in der linken Hüfte, der Kreuzbeingegend und der Aussenseite des linken Oberschenkels lokalisiert. Dieses Bein sei immer kalt und etwas gefühllos. Patientin ist schon 2 mal wegen eines rechtsseitigen Brustkrebses operiert worden, das erste Mal vor 3 Jahren, das zweite Mal wurde nach 1½ Jahren ein Narbenrecidiv exstirpiert. In der letzten Zeit sei sie stark abgemagert, da der Appetit und Schlaf sehr gering sei. Stuhlgang träge, Wasserlassen normal.

Status: Mittelgrosse, verhältnismässig gut genährte, etwas anämische Frau; Muskulatur gut ausgebildet, ziemliches Fettpolster. Ueber der rechten Brustseite eine bis zur Achselhöhle hinaufziehende, breite Operationsnarbe.

Herz: in normalen Grenzen; 3. resp. 4.—6. Rippe, rechter resp. linker Sternalrand, Spitzenstoss: ein Querfinger ausserhalb der Mammilarlinie, leicht hebend. Töne: rein, paukend, keine besondere Accentuation. Puls: frequent, 120 in der Minute. Geringe Arteriosklerose der peripheren Arterien. Lungen: R. V.: 6. Rippe, L. V.: 4. Rippe, H. U.: 11. Proc. spin. Ueberall verschieblich. Reines Vesikuläratmen. Keine Schallverkürzung.

Abdomen: nicht aufgetrieben; kein Druckschmerz.

Leber und Milz perkutorisch nicht vergrössert, nicht druckempfindlich.

Temperatur: etwas febril 37,9.

Die Untersuchung des Nervensystems ergibt: Hirnnerven o. V. Pupillen links und rechts gleich weit, gut reagierend.

Motilität: Die grobe Kraft der oberen Extremität ist gut; an der unteren Extremität Glutaei und Adduktoren kräftig, Psoas schwach. Das Gehen ist nur mit Unterstützung von 2 Personen möglich; es fällt dabei eine eigentümliche Gehstörung des rechten Fusses auf: der rechte Fuss wird nachgezogen und dann etwas nach aussen geschleudert.

Bei der Prüfung der Sensibilität: Hypästhesie an der Aussenseite des linken Oberschenkels genau in dem Bezirk des N. cut. lat. fem., eben dort Gefühlsherabsetzung für Warm und Kalt und Parästhesien, von denen die Patientin angibt, sie habe das Gefühl, als ob Eisklumpen in der Tiefe wären.

Die Reflexe sind sämtliche vorhanden; die der rechten Seite sind lebhaft, während links überall eine Abschwächung derselben zu bemerken ist. Der rechte Patellarreflex ist etwas gesteigert, links auch hier deutliche Herabsetzung desselben. Sphinkteren: o. V. Die Wirbelsäule zeigt eine bedeutende Steifigkeit, weniger an den Halswirbeln, deutlicher im Dorsal- und Lumbalteil. Eine stärkere Vorwölbung besteht in der Kreuzbeingegend, welche etwas druckempfindlich ist. Kein besonderer Druckschmerz des Thorax oder Beckens. Kein Ischiasphänomen; die Gelenke sind alle frei beweglich. Keine Zeichen von Osteomalacie. Urin: — E. — Z.

Diagnose: Metastatische Carcinose der Wirbelsäule. Meralgia paraesthetica.

Die Behandlung bestand in Applikation von strahlender Hitze und Faradisation, innerlich Brom und Veronal.

Einige Tage darauf besseres Allgemeinbefinden, Patientin hat weniger Schmerzen, aber immer deutliche, heftige Meralgie. Nach einer Woche konnte sie im Ganzen beim Gehen besser auftreten, die Gehstörung des rechten Fusses, eine Folge der Psoasschwäche, ist jedoch dieselbe geblieben. Vorübergehendes Auftreten meralgischer Erscheinungen auch rechts. In der nächsten Zeit nimmt die Versteifung der Wirbelsäule in Dorsal- und Lumbalteil zu, die Schmerzen werden stärker und die Patientin befindet sich in einem sehr elenden Zustande. Die Verschlechterung hält an; in der linken Bauchgegend klagt Patientin über heftiges Gürtelgefühl; linksseitige, intensive Meralgie.

Im Röntgenbild: Deutliche Zertrümmerung und Einschmelzung des 2. Lendenwirbels.

Die Patientin hat während ihres 5 wöchentlichen Aufenthalts im Krankenhaus um 15 Pfund abgenommen, ist sehr elend und wird von heftigen Schmerzen an der Aussenseite des linken Oberschenkels gequält. 3 Wochen später rapider Verfall unter totaler Lähmung der Beine und Sphinkteren.

XI. L. M., 26 Jahre alt, klagt über Schmerzen im Kreuz direkt an der Wirbelsäule; um beim Sitzen Halt zu haben, müsse sie beide Hände auf die Oberschenkel aufstützen. Vor einem Jahr ungefähr seien diese Kreuzschmerzen zum ersten Mal aufgetreten. Patientin wird ausserdem noch von ziehenden Schmerzen in dem linken Bein gequält, welche von der linken Hüfte ausgehen und besonders in die seitlichen Partien des Oberschenkels ausstrahlen. Sie hat starken Harndrang und Brennen beim Wasserlassen.

Status: Mittelgrosse Frau von gutem Ernährungszustand.

Thorax: gut gewölbt. Die Atmung ist etwas frequent. Lungen-

grenzen sind normal und überall verschieblich. Ueber den Lungen sonorer Schall und reines Vesikuläratmen.

Herz: in normalen Grenzen; Spitzenstoss im 5. Interkostalraum einwärts der Mammillarlinie. Die Töne sind rein ohne besondere Accentuation. Die Aktion ist regulär und äqual; der Puls gut gespannt und gefüllt.

Abdomen: Kein Meteorismus, nicht druckempfindlich.

Leber und Milz: nicht vergrössert, nicht druckempfindlich.

Nervensystem: Pupillen links und rechts gleich weit, prompt reagierend.

Motilität: Die Patientin geht sehr langsam mit kurzen, etwas schleifenden Schritten äusserst vorsichtig, die Hände auf die Oberschenkel gestützt; bisweilen knickt sie etwas zusammen. Die Beugung des Rumpfes nach vorne ist ganz unvollkommen, nach hinten ebenfalls gehemmt; die Beugung nach den Seiten geht etwas besser. Psoas: links schwach, rechts etwas besser. Quadriceps: links und rechts leidlich. Glutaei medii und minimi: gut. Adduktoren: ausgezeichnet. Das Hüftgelenk ist nach allen Richtungen frei beweglich. Psoasphänomen links und rechts negativ. Peroneus- und Tibialisgebiet: gut. Bauchmuskulatur kräftig.

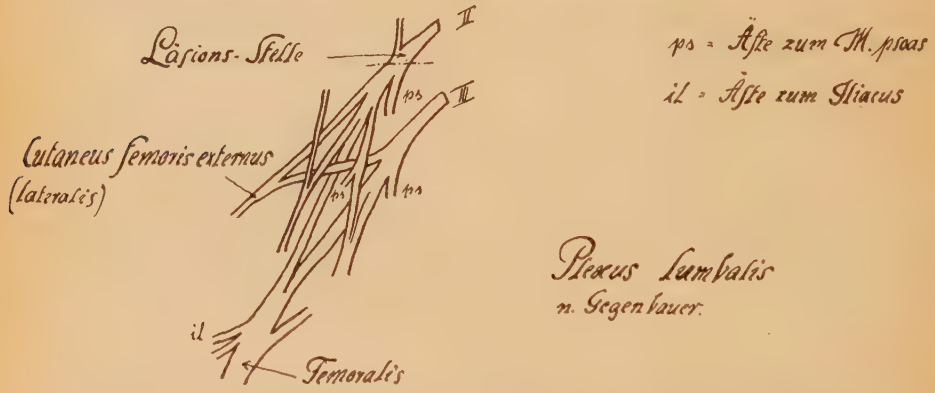
Sensibilität: Bei genauer Prüfung der Klagen der Patientin über das taube und pelzige Gefühl an der Aussenseite des linken Oberschenkels ergibt es sich, dass in dem Bezirk des N. cut. lat. femor. Hypästhesie für alle Empfindungsqualitäten besteht. Keine Hyperästhesie, keine Parästhesien. Die übrigen Gebiete der Umgebung sind normal innerviert. Die Reflexe der oberen Extremität sind etwas lebhaft. Der rechte Patellarreflex ist gesteigert, der linke fehlt vollständig und ist auch mit Jendrassik nicht auszulösen. Die Achillessehnenreflexe sind wie die Plantarreflexe links und rechts in normaler Stärke vorhanden. Kein Fussklonus; kein Babinski. Sphinkteren: Detrusor vesic. urin. ist geschwächt.

An der Lendenwirbelsäule findet sich in der Höhe des 1. und 2. Lendenwirbels ein deutlicher Gibbus, welcher auf Druck sehr schmerzhaft ist. Bei Erschütterung der Wirbelsäule wird an dieser Stelle über starke Schmerzen geklagt. Oberhalb des Gibbus deutliche Hyperästhesie für warmes Wasser.

Das Röntgenbild zeigt eine totale Einschmelzung des 1. und eine partielle des 2. Lendenwirbelkörpers. Die Wirbelkörper sind in einander gesunken, dabei ist eine seitliche Abknickung zu sehen.

Nachdem der Pat. von den Chirurgen ein Gypskorsett angelegt worden war, besserte sich das Gehen sofort sehr: die Pat. geht flott und rasch. Sie klagt nur noch über die Beschwerden beim Wasserlassen; der Gibbus macht gar keine Schmerzen mehr, von seiten der Meralgie ist sie vollständig beschwerdefrei. Sie wird mit einem Stützkorsett, in welchem sie vorzüglich geht, nach Hause entlassen.

Die grosse Uebereinstimmung der zwei letzten Fälle ermöglicht eine für beide gemeinsame epikritische Betrachtung. In beiden Fällen war die einzige sensible Ausfallserscheinung die Neuralgie des Nerv. cut. lat. femor. Bei beiden war die Erscheinung als eine der frühesten aufgetreten. Die dem Nervenbezirk entsprechende Sensibilitätsstörung ist besonders bei dem ersteren Fall von Wichtigkeit, da sie von dem früher behandelnden Arzt bisher als Hysterie gedeutet und das Leiden als hysterische Abasie aufgefasst worden war. In dem letzten Fall kombinierte sich die Affektion des Oberschenkelhautnerven mit gleichseitiger Parese des m. iliopsoas und einem Erlöschen des gleichseitigen Patellarreflexes. Dieses Zusammentreffen ermöglichte eine genaue Lokalisationsdiagnose des tuberkulösen pachymeningitischen Prozesses. Aus der Abbildung, welche dem Sahlischen Buche über „klinische Untersuchungsmethoden“ entnommen ist, sehen wir, dass der Nerv. cut. fem. externus sich aus 2 Aesten



zusammensetzt, von denen der eine aus der 2., der andere aus der 3. Lumbalwurzel stammt. Die 2. Lumbalwurzel schickt noch 2 Aeste zum M. psoas und einen starken Ast zum N. femoralis. Aus der 3. Lumbalwurzel entspringen weitere Aeste für den N. cruralis und die Psoasmuskulatur. Eine an der bezeichneten Stelle einsetzende Läsion musste also eine Affektion des N. cut. lat., der Psoasmuskulatur und eine Störung des Cruralis (Erlöschen des Patellarreflexes) hervorrufen. Für beide Fälle sind die Veränderungen in der Motilität der Psoasmuskulatur sehr charakteristisch. Beim ersteren war es bezeichnend, wie eine sofortige Abschwächung der Motilität und des betreffenden Patellarreflexes eintrat, wenn zeitweise die Meralgie an Intensität zu-

nahm. Aeusserlich dokumentierten sich diese Erscheinungen in den auffallendsten Gehstörungen verbunden mit lebhaften Schmerzen. In diesem Fall war eine genaue Lokalisationsdiagnose auch deshalb von Wichtigkeit, da äusserlich nicht die geringste Veränderung der Wirbelkörper bestand und erst der oben genannte Symptomkomplex der Röntgenuntersuchung den Weg zeigen konnte.

In Vorliegendem haben wir zu zeigen versucht, mit welcher Häufigkeit die Meralgie auftritt, dass dieselbe in den meisten Fällen eine gutartige Erkrankung darstellt, und wie sie öfters, ohne eine Behandlung nötig zu machen, verschwindet oder latent werden kann. Für den Arzt einerseits ist die Kenntnis dieser meist harmlosen Neuralgie und Hypästhesie von Wichtigkeit, weil sie ihn davor bewahrt in derartigen Fällen, wie das häufig genug geschieht, eine hysterische Störung anzunehmen. Den Patienten andererseits, zumal hypochondrische, tabophobe Gebildete, können wir durch die exakte Feststellung des harmlosen, monosymptomatischen Leidens sehr beruhigen.

Die beiden letzten Fälle beweisen hinwieder, wie unerlässlich es bei konstatierter Meralgie ist, eine Untersuchung auf sonstige spinale und neuritische Symptome nicht zu versäumen, und lassen uns erkennen, welch wichtiges, lokaldiagnostisches Phänomen die Meralgia paraesthetica werden kann.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Romberg für die gütige Ueberlassung des Materials und Herrn Privatdozent Dr. H. Curschmann für die liebenswürdige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Prof. Dr. H. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
2. Neurologisches Centralblatt von 1895 ab.
3. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 17. B. V. 1900.
4. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie von 1897 an.
5. Meralgia paraesthetica von Roth, Berlin 1895, Verlag von Karger.

Lebenslauf.

Ich wurde am 9. März 1879 als Sohn des Kaufmanns Wilhelm Mayer in Aalen geboren. Nach Absolvierung der Hayerschen Elementarschule und des Kgl. Karlsgymnasiums zu Stuttgart, woselbst ich die Reifeprüfung Herbst 1898 bestand, genügte ich meiner Militärpflicht 1898/99 als Einjährig-Freiwilliger in Stuttgart. Sommer 1899 bezog ich die Universität in Tübingen, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Nach 3 semestrigem Aufenthalt in Kiel machte ich in Tübingen das Physikum. In Berlin war ich dann während der folgenden Sommerferien im Moabiter Krankenhaus praktisch tätig. Im Winterhalbjahr 1906/07 war ich Assistent an der Universitätspoliklinik in Tübingen unter dem verstorbenen Herrn Prof. v. Jürgensen und vollendete Mai 1907 das medizinische Staatsexamen in Tübingen. Als Medizinalpraktikant war ich ein halbes Jahr im Karl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart unter der Anleitung von Herrn Prof. Hofmeister.